

# DEMENCIA MULTIFACTORIAL

## REPORTE DE UN CASO

Diego Andrés Osorno Chica  
Especialista en Medicina Interna y Geriatría  
Profesor Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca.

José Fernando Gómez Móntes  
Especialista en Medicina Interna y Geriatría,  
Profesor Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Caldas.

Carlos Hoyos  
Residente Nivel II Medicina Interna y Geriatría  
Universidad de Caldas

### Resumen

Hay muchas causas de síndrome demencial y pueden existir varias de manera simultánea por lo que un enfoque diagnóstico acertado es necesario. Las demencias son entidades clínicas de diagnóstico relativamente fácil cuyo abordaje inicial se fundamenta en una adecuada historia clínica, algunas pruebas de laboratorio y el uso de instrumentos de tamizaje que pueden ser utilizados por médicos de atención primaria. El Minimental test de Folstein y el Test de dibujo del reloj son 2 herramientas que sirven como primer abordaje del síndrome de deterioro cognitivo y a partir de ellos se puede ampliar la batería de diagnóstico según la causa que se sospeche de base para establecer un tratamiento lo más específico posible en el contexto de la enfermedad diagnosticada.

### Descripción del caso

Mujer de 83 años de edad residente en la ciudad de Manizales con 3 años de evolución de dificultades en la memoria reciente asociadas a inapetencia, somnolencia, estreñimiento y problemas en el reconocimiento de objetos. Los familiares en la consulta, refieren que la paciente tiene dificultades para concentrarse, llanto fácil, cambios en el tono de la voz e irritabilidad, además de lentificación motora y una velocidad de pensamiento muy lenta. Durante la primera consulta se realizaron algunas pruebas de evaluación cognitiva, funcional y del estado afectivo (tabla 1, figuras 1 y 2).

<b>Barthel</b> 90/100
<b>Minimental Test</b> 21/30
<b>Escala de Depresión Geriátrica</b> 8/15

Tabla 1.

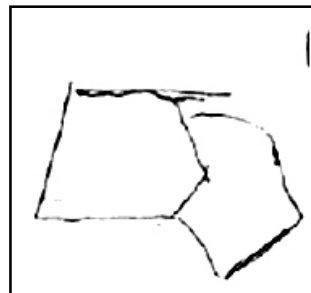


Figura 1.  
Figura del Minimental



Figura 2.  
Test de dibujo del reloj

La paciente tenía una buena autopercepción de salud (¿anosognosia?). Su ocupación han sido las labores domésticas a lo largo de su vida, tiene escolaridad de primaria incompleta y es diestra. Tiene historia de Hipertensión Arterial y de un trastorno distímico de 15 años de evolución al momento de la consulta sin trata-

miento actual, además de una Anemia Megaloblástica por déficit de B12, diagnosticada hace 14 años cuyo esquema de reemplazo vitamínico al momento de la primera consulta se desconocía. Niega trauma craneal. No hay historia de caídas. No ha ingerido alcohol. Hay historia familiar de una tía por línea materna con esquizofrenia.

El examen físico de primera vez mostró como positivo: disminución en la velocidad de la marcha, hiporreflexia simétrica aquiliana y patelar con prolongación de la fase de relajación y se realizó un diagnóstico de impresión inicial de demencia vs. pseudodemencia; se solicitaron paraclínicos y se citó a nueva consulta un mes después.

La paciente continuó con deterioro progresivo de la memoria, deterioro de sus actividades básicas cotidianas y empeoramiento de la función motora; en la nueva consulta no trae los paraclínicos solicitados por lo que se recomienda su realización y nuevo control al siguiente mes.

Tres meses después de la primera consulta la paciente presenta cuadro de deterioro agudo del estado de conciencia, es hospitalizada y se realizan paraclínicos encontrándose una TSH de 204 haciéndose un diagnóstico de coma mixedematoso para lo cual se inicia terapia de reemplazo hormonal con levotiroxina parenteral con mejoría progresiva a niveles séricos de TSH de 18.42, momento en el cual se da de alta con terapia de reemplazo hormonal oral y seguimiento de su función cognitiva y metabólica, con mejoría en los niveles de TSH y en los puntajes del Minimental test (tablas 2 y 3), al igual que en la realización de la prueba de dibujo del reloj (figuras 3 y 4).

TSH Basal post-coma	Al 3 mes tratamiento	Al 6 mes de tratamiento
18.42 mU/L	9 mU/L	1.48 mU/L

Tabla 2. Niveles de TSH durante el tratamiento

MMSF Basal	MMSF al 3 mes	MMSF al 6 mes
21/30	25/30	25/30

Tabla 3. Puntajes del Minimental test de Folstein durante el tratamiento

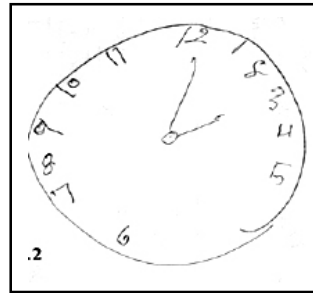


Figura 3.  
Para un Minimental de 24/30  
al 3er mes de tratamiento

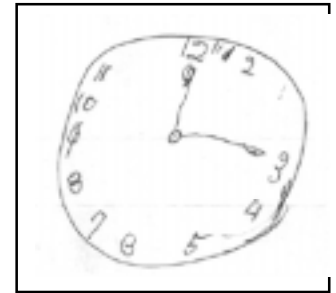


Figura 4.  
Para un Minimental de 25/30  
al 6º mes de tratamiento

Al sexto mes de tratamiento la paciente hace un episodio de Enfermedad Cerebro Vascular (ECV) mayor, de recuperación parcial, con exacerbación del compromiso de las funciones cognitivas, por lo que el puntaje del Minimental test se estabilizó en 25/30. Durante dicho episodio se realizó una Tomografía Axial Computarizada simple de cráneo sin evidenciarse lesión sugestiva de ECV aguda (figura 5).

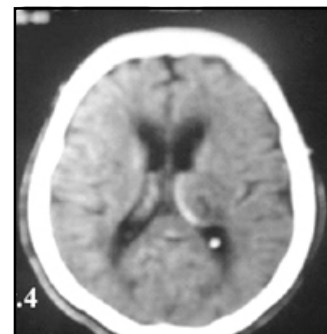


Figura 5

## Discusión del caso

Hasta hace pocos años la vejez se consideró como sinónimo de pérdida de las funciones cognitivas. La Neuropsicología moderna demostró que las funciones intelectuales se conservan con el envejecimiento normal. Funciones como la memoria (episódica o de los eventos recientes, semántica o de conocimiento del mundo y procedimental o del saber hacer), el cálculo, las funciones ejecutivas y el lenguaje, no se alteran con la vejez.

El envejecimiento se caracteriza por una lentificación subcortical de la motricidad, los tiempos de reacción, el

pensamiento y la ejecución de respuestas, relacionado con una declinación fisiológica leve de la dopamina y acetilcolina cerebrales. A medida que se envejece, aumenta la prevalencia de enfermedades que pueden interferir con las funciones intelectuales y producir demencia.

El diagnóstico del síndrome demencial se basa en los criterios: DSM-IV-TR, CIE-10 y modificados de la Mayo Clinic (2003) siendo relativamente fácil. Lo difícil es establecer la causa (única, múltiple, degenerativa, vascular, mixta, metabólica o infecciosa) y si es reversible o no.

El motivo de consulta del caso descrito, es una queja de memoria corroborada por los acompañantes, asociada a un componente agnóstico; un déficit en el cálculo, función visuo-espacial y síndrome disejecutivo evidenciados con la realización del Minimental y el test de dibujo del reloj los cuales orientan a enfermedad cortical cerebral.

El interrogatorio obtuvo historia de trastornos del ánimo, enlentecimiento motor y déficit atencional que son funciones que tienen un sustrato subcortical (frontosubcortical, límbico, entorhinal, gangliobasal y sistema reticular ascendente). Las entidades que comprometen el córtex, subcórtex y aquellas que comprometen simultáneamente ambos, son múltiples. El objetivo de este caso es considerar aquellas que subyacen a una demencia en una anciana con manifestaciones corticosubcorticales y un deterioro cognitivo y funcional importante.

La edad es el principal factor de riesgo para una demencia cortical de tipo Alzheimer. Dicha enfermedad es la principal causa de compromiso de la memoria reciente y de demencia cortical, siendo el 65% de todas las demencias. La prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer se incrementa con la edad (70 a 100% a los 100 años). Desde su primera descripción a comienzos del siglo XX, el diagnóstico de la Enfermedad de Alzheimer se ha optimizado diferenciando cada uno de sus estadios, empezando desde los más tempranos (como es el caso del llamado actualmente Deterioro Cognitivo Leve -DCL-) a los intermedios y avanzados o terminales.

Hasta el año 2003, el déficit de memoria era criterio *sine qua non* para hacer diagnóstico de demencia. La

descripción clínica de las enfermedades demenciantes demostró que existen entidades que no deterioran la memoria hasta estadios avanzados y el diagnóstico se hace con otros criterios (Ej.: Afasia Primaria Progresiva, Demencia Semántica etc.).

En el caso descrito en este artículo, muchos de los dominios alterados son corticales, lo que con relación a la edad y al tiempo de evolución, es consistente con una Demencia Tipo Alzheimer de comienzo tardío y por evaluación funcional podría corresponder a un puntaje de deterioro en la escala de Reisberg (GDS) de 4. Lo anterior es reforzado por el hecho de que a pesar de tener una enfermedad exacerbante de déficit cognitivo y de haber sido corregida (Hipotiroidismo), el puntaje del Minimental se estabilizó en 25/30 y la prueba del reloj continuó mostrando dificultades en la organización y planeación, señalando persistencia de alteraciones en la función visuoespacial y de las funciones ejecutivas.

El déficit de vitamina B12 establece un perfil típico subcortical en las personas que lo padecen y dependiendo de la severidad del cuadro, el parkinsonismo es inevitable. La reversibilidad y las secuelas estarán definidas por la duración del déficit y el esquema de reemplazo que se haya establecido. La demencia subcortical asociada a déficit de vitamina B12 es más frecuente de lo que se reporta y no necesariamente cursa con alteraciones hematológicas. Los niveles séricos altos de metilmalonato y homocisteína son marcadores tempranos de la carencia de vitamina B12 y ácido fólico y suelen elevarse antes de que aparezcan la enfermedad hematológica y la neurológica.

La paciente descrita tiene historia de déficit de B12 y no llevó a las consultas los resultados de niveles de B12 solicitados dentro del esquema de tamizaje paraclinico de las demencias, desconociéndose el tiempo de duración, severidad de la carencia y el esquema de reemplazo utilizado, por lo que debe ser considerada su persistencia ante un cuadro de demencia con características subcorticales.

Se diagnosticó en ella un hipotiroidismo al presentarse una urgencia metabólica asociada, con niveles severamente elevados de TSH, correlacionados con algunos de los síntomas referidos por la paciente durante la primera consulta, sugestivos de un hipotiroidismo de vieja data. La cronificación de la insuficiencia tiroidea permite la aparición de compromiso cognitivo, pasan-

do de un enlentecimiento en las funciones del pensamiento y un compromiso del estado afectivo, a una alteración de las funciones superiores subcorticales con posterior compromiso de la memoria y aparición de parkinsonismo.

La demencia por hipotiroidismo es la única demencia verdaderamente reversible dado que está definida por una pérdida del efecto trófico de la tiroides sobre el sistema nervioso central. El 5% de los pacientes con hipotiroidismo desarrolla demencia, la cual resuelve totalmente con una adecuada terapia de reemplazo sin quedar secuelas luego de su corrección (siempre y cuando no existan otras enfermedades asociadas).

En el caso discutido en este artículo, se hizo terapia de reemplazo hormonal y se corrigió el déficit aunque persistieron las secuelas cognitivas, que no es lo típico en una demencia por hipotiroidismo.

La paciente experimentó un episodio de ECV mayor de resolución parcial con exacerbación de los déficits cognitivos confirmados con una imagenología craneal tipo Tomografía Axial Computada (TAC) reportada como normal. En el estudio de las demencias la TAC tiene poco valor dado que no muestra en muchas ocasiones la presencia y extensión de algunas lesiones, como las lagunas o isquemias tempranas y las leucoencefalopatías, como sí lo hace la Resonancia Nuclear Magnética (RNM). La TAC puede ayudar a definir algunas lesiones que pueden explicar casos de demencia como el hidrocéfalo normotensivo, los hematomas intracraneales y algunos tumores de fosa anterior o incluso lesiones isquémicas extensas fácilmente evidenciables.

Un componente vascular asociado no es descartable en el caso de la paciente discutida dado que las lesiones isquémicas pueden generar un componente cortical o subcortical puro o mixto.

En la actualidad existe mucha controversia con relación a la existencia de demencias vasculares puras, dado que la participación de una enfermedad vascular es componente integral de todas las enfermedades degenerativas incluyendo la Enfermedad de Alzheimer.

La coexistencia de varias patologías y algunos antecedentes son claros en el caso clínico discutido; el perfil cognitivo de la demencia presentada por la paciente; el déficit residual luego de la terapia de reemplazo hor-

monal y la corrección de la causa de base, obligan a considerar una demencia de etiología multifactorial de tipo corticosubcortical en un puntaje de Reisberg (GDS) 4 y un puntaje de Hughes (CDR) 1, en la cual hay un componente degenerativo dado por una demencia tipo Alzheimer probable de aparición tardía, un componente vascular asociado, un agregado metabólico definido por un déficit de vitamina B 12 y un hipotiroidismo de vieja data. El síndrome demencial corticosubcortical está caracterizado por la concomitancia de déficits de la memoria reciente, disfunción ejecutiva, discalculia, inatención, alteraciones en la forma, curso y contenido del pensamiento, fenómenos motores de tipo parkinsonismo (bradikinesia, abulia motora) y alteraciones afectivas predominando la depresión.

El diagnóstico obligado es eminentemente clínico y de sospecha, utilizando algunos paraclínicos sugeridos por los consorcios y protocolos utilizados por grandes grupos de investigación, como: **NINCDS-ADRDA**, **NINDS-AIREN**, **CERAD**, **LUND-MANCHESTER** y **MAYO CLINIC**, de la mano con los criterios clínicos de clasificación establecidos por ellos y por el DSM-IV-TR y la CIE-10 (tabla 4).

Hemograma
VDRL
B12 sérica y folatos
TSH
Resonancia nuclear magnética cerebral

Tabla 4

Las pruebas neuropsicológicas son fundamentales para establecer el perfil cognitivo de las demencias; ellas son extensas, tediosas y poco prácticas, lo que hace necesario familiarizarse con elementos sencillos de tamizaje para deterioro cognitivo como el Minimental Test de Folstein, el Minimental Test de Lobo, el Test de Solomon, el Cuestionario rápido de Pfeiffer y el NEUROPSI.

El uso de herramientas simples tiene utilidad para evaluar de manera gruesa el deterioro y mejoría de algunas funciones cognitivas con relación al establecimiento de una terapia adecuada.

El Minimental Test de Folstein (MMSF) evalúa orientación, atención, cálculo, memoria episódica y de traba-

jo, lecto-escritura y función visuoespacial. Es una de las primeras herramientas validadas para realizar tamizaje en demencias en el consultorio de atención primaria y sigue siendo un elemento de gran valor en muchos de los estudios realizados sobre demencias, para evaluar seguimiento longitudinal de la evolución de la historia natural de la enfermedad y de evaluación del tratamiento farmacológico específico (anticolinérgicos y memantina).

El test de dibujo del reloj es un sub-test de la prueba de 5 minutos o test de Solomon y de la Batería de Luria y Nebraska, que evalúa la función visuoespacial, las funciones ejecutivas y las praxias constructivas; éste ha sido modificado para ser empleado como elemento de tamizaje y existen 3 versiones diferentes que evalúan de manera específica la capacidad de planear, ejecutar y secuenciar una función e igualmente la función visuoespacial y la praxia constructiva y motora. En conjunto con el MMSF puede servir con un entrenamiento básico sobre sus propiedades y bondades, como herramientas de tamizaje, evaluación y seguimiento longitudinal de los pacientes con síndromes demenciales, dado lo fácil, rápido y simple de su aplicación.

Tanto el Minimental test como el test de dibujo de reloj (clock drawing test), tienen una propiedad importante y es que son sensibles al cambio; esto quiere decir que pueden evidenciar, con el seguimiento longitudinal, deterioro asociado a la historia natural de la enfermedad o mejoría relacionada al establecimiento de un tratamiento adecuado de la patología o de la corrección de factores exacerbantes del deterioro cognitivo como ocurrió en el caso descrito anteriormente. A pesar de sus detractores, que los juzgan como elementos predictores individuales, y su pobre sensibilidad y especificidad, siguen teniendo importancia para la valoración gruesa en el consultorio de las funciones cognitivas y ayudan a establecer puntos de corte de normalidad y anormalidad en muchos de los estudios a nivel mundial sobre demencias.

La aplicación de pruebas de tamizaje como el MMSF y el test del dibujo del reloj, son solo una parte de un todo que es la evaluación multidimensional del paciente con demencia. La evaluación clínica y paraclínica en el contexto de las demencias debe seguir un orden preestablecido con el fin de ir descartando de manera progresiva las distintas entidades nosológicas causales de las demencias.

Un enfoque práctico y útil para no omitir situaciones es presentado por el grupo de la clínica de la memoria de la Universidad Javeriana y se resume a continuación en la figura 6.

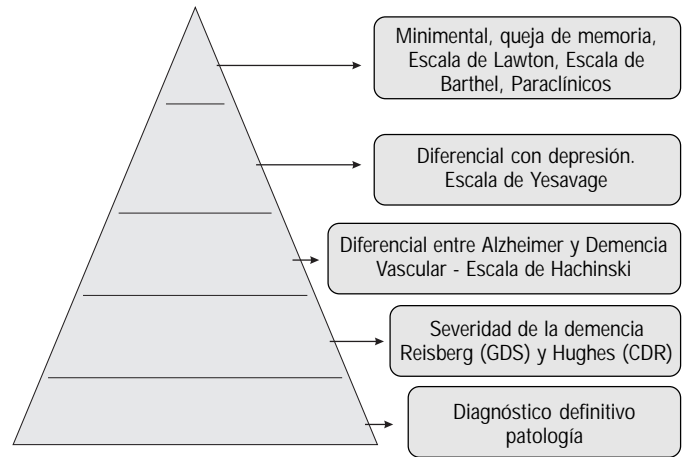


Figura 6.

## Bibliografía

1. Knopman David S, Boeve Bradley F, Petersen Ronald F. Essentials of the proper diagnosis of mild cognitive impairment, dementia and major subtypes of dementia. *Mayo Clin Proc* 2003; 78: 1290-1308.
2. Ross Webster G, Bowen James D. The Diagnosis and differential diagnosis of Dementia. *Med Clin N Am* 2002; 86: 455-476.
3. Ritchie Karen, Lovestone Simon. The dementias. *The Lancet* 2002; 360: 1759-1766.
4. Geldmacher David S, Whitehouse Peter J. Evaluation of dementia. *N Engl J Med* 1996;335:330-336.
5. Ponds Rudolf W. Age related changes in subjective cognitive functioning. *Educational Gerontology* 2000; 26: 67-81.
6. Moreno A, Montañés P, Cano C, Plata S, Gámez A. Comparación de perfiles Neuropsicológicos del viejo-joven y el viejo-viejo. *Rev Asoc Colomb Gerontol Geriatr* 2005; 19; 2:776-796.